Rok XXVI. Kraków, 23 Kwietnia 1887. Nr. 17.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Rocznie:** | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 16 mk. | we Francyi 24 fr. |
| **Półrocznie:** | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 8 „ | „ 12 „ |
| **Kwartalnie:** | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ 1½ „ | „ 4 „ | „ 6 „ |



## I. O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i o środkach zaradczych.

Podał
Prof. Dr. Mierzejewski w Petersburgu.

(Według wykładu swego, mianego na tegorocznym Zjeździe psychijatrów w Moskwie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16)

Chociaż wyżéj przytoczone daty nie są w stanie pouczyć nas o liczbie wszystkich obłąkanych w Rosyi, ani nawet o chorych na umyśle pewnego wieku, to natomiast dowodzą, że na 754,362 młodzieży jednoletniéj, która uległa oględzinom komisyi poborowéj w ciągu wymienionych trzech lat naliczono obłąkanych i idyjotów 3,072, czyli 4 na 1000 powołanych.

W sprawozdaniu Departamentu Lekarskiego za r. 1882 wyrażono, że w tym roku w 54 gubernijach było 69 zakładów dla chorych na umyśle z 6,172 łóżkami, a liczba w nich leczonych chorych wynosiła 22,394. W tém sprawozdaniu, które wyróżnia się większą ścisłością aniżeli przytoczone wyżéj z r. 1878, gdyż obejmuje i te gubernije, które były pominięte, uderza ta okoliczność, że wyliczono o 772 łóżek dla obłąkanych więcéj aniżeli w r. 1878, t. j. o $^1/_7$ więcéj, a liczba leczonych była wyższą względnie do r. 1878 o 13,320. Wreszcie w sprawozdaniu Departamentu Lekarskiego za r. 1886 liczbę łóżek dla obłąkanych w całém państwie obliczono na 9034 (8729 cywilnych i 305 wojskowych). A jeżeli przypuścimy, że liczba ta w końcu r. 1886 dosięgła 10,000, to i w takim razie ilość miejsc wyznaczonych w Rosyi dla obłąkanych jest 12 razy mniejszą aniżeli w Szwajcaryi, gdzie 1 obłąkany doznaje opieki w zakładzie na 866 ogólnéj liczby mieszkańców, a w Rosyi 1 na 10,000.

Najlepiéj poucza, w jakim stanie znajduje się sprawa opieki nad obłąkanymi tak na prowincyi jak i w Petersburgu, memoryjał Towarzystwa psychijatrów, przesłany Towarzystwu ochrony zdrowia społecznego r. 1881. Z memoryjału tego wynika, że w 11 zakładach petersburskich znajduje się 1885 obłąkanych na 927,000 mieszkańców téj stolicy, t. j. jeden na 544 mieszkańców. Rzecz prosta, że gdyby podobny stosunek istniał w całém państwie, mielibyśmy z czego być dumni przed Europą, mając dzieło opieki nad obłąkanymi w Rosyi doprowadzoném do wysokiéj doskonałości, gdyż na podstawie teoryi i statystyki powszechnie uznano, że na 1000 mieszkańców państw oświeconych przypada przynajmniéj troje obłąkanych (wyłączając idyjotów), z których znowu trzecia część, t. j. 1 na 1000 mieszkańców, potrzebuje opieki zakładowéj. Lecz inaczéj mają się rzeczy na prowincyi, a inaczéj w stolicy i to takiéj jak Petersburg, z jemu tylko właściwemi, licznemi niehigijenicznemi warunkami życia, dzięki czemu, jak to wynika z tygodniowych biuletynów magistratu, więcéj ludzi umiera aniżeli się rodzi, tak że przyrost ludności zawdzięcza się tylko przybyszom. Przypuszczenie zatém Towarzystwa psychijatrów wyrażone w wspomnianym wykazie, jakoby w Petersburgu przypadał 1 obłąkany na 300 mieszkańców, należy uważać za nieprzesadne i zupełnie słuszne. Biorąc zatém na uwagę przytoczony rachunek i najnowszą statystykę ludności Petersburga należy przypuścić, że ogólna liczba obłąkanych w stolicy rosyjskiéj wynosi 3,000 osób.

Nie należy wreszcie spuszczać z uwagi téj okoliczności, że powszechnie przyjęta zasada, jakoby tylko $^1/_3$ (1:1000) z ogólnéj liczby obłąkanych wymagała koniecznego umieszczenia w zakładzie, nie daje się bezwarunkowo zastósować do wielkich miast, a zwłaszcza stołecznych, gdyż obrachowanie to stosuje się tylko do całego kraju, a nie miast stołecznych; co do tych ostatnich, to według naszego mniemania przynajmniéj $^2/_3$ potrzebuje opieki zakładowéj. Na dowód posłużyć może kraj posiadający wielkie miasta, Anglija, w któréj udziela się opieki zakładowéj nie w stosunku 1:1000, lecz 1:440 mieszkańców. W Petersburgu korzysta z opieki zakładowéj 1 obłąkany na 544 mieszkańców, a jeśli uwzględnimy tylko ściśle i racyjonalnie korzystających z opieki (1000—1100), to wypadnie 1 obłąkany przebywający w za-

kładzie na 836—927 mieszkańców, zatém stosunek daleko pozostający w tyle za stosunkiem w Anglii, i to nie w wielkich miastach, lecz w całym kraju. Mamy powody twierdzić, że w Petersburgu znajduje się znaczna liczba obłąkanych, pozostająca bez wszelkiéj opieki zakładowéj. Co się z tymi biednymi ludźmi dzieje, kto o nich dba, jakim sposobem zdobywają oni sobie warunki do życia, i jak giną w walce o te warunki? są to pytania, na które żadna statystyka do téj pory nie odpowiedziała. Że przypuszczenie nasze o liczbie obłąkanych w Petersburgu nie jest przesadne, o tém można przekonać się z porównania Petersburga z Paryżem, w którym według sprawozdań prefekta téj stolicy, na 2.000,000 mieszkańców w r. 1881 przypadało 8,260 obłąkanych, t. j. 1:242 mieszkańców.

Z tego, co powiedzieliśmy, wynika, że 1) ogólna liczba obłąkanych w Rosyi nie jest znaną nawet w przybliżeniu, że 2) liczba miejsc przeznaczonych w zakładach dla obłąkanych jest niższą w Rosyi 12 razy, aniżeli w niektórych krajach Europy, np. w Szwajcaryi, że 3) nawet w takiéj stolicy, jak Petersburg, liczba łóżek w specyjalnych zakładach dla umysłowo chorych nie odpowiada istotnéj potrzebie tego miasta.

Z chwilą przejścia opieki nad obłąkanymi do zakresu działalności ziemstw zaznacza się wybitne polepszenie tego humanitarnego dzieła. Wiele ziemstw z całą sumiennością postarało się o światłych i biegłych psychijatrów, i wszędzie, gdzie ten wybór wypadł szczęśliwie, zarządzono zbawienne ulepszenia, pobudowano nowe zakłady, a system kolonijalny stał się wymarzonym wzorem dla zakładów ziemstwa. Twerski zakład we wsi Buraszowie może służyć za wzór szlachetnych i wzniosłych dążności ziemstwa do polepszenia bytu umysłowo chorych. Tym dążnościom zawdzięczamy tak znaczny w ostatnich czasach przyrost łóżek w zakładach dla obłąkanych, i to zaufanie, którém się szczycą w społeczeństwie zakłady ziemstwa i kierujący niemi lekarze. Śmiało twierdzić możemy, że sprawa ochrony obłąkanych znacznie postąpiła, do czego nie mało przyczynił się rząd, przyznając ziemstwom zasiłki przy budowie nowych zakładów. Pomimo to w działalności poszczególnych ziemstw i szczególnych zakładów dla obłąkanych nie można dopatrzyć się wspólnéj nici wiążącéj je z sobą, ani téż ogólnego planu lub jakiéjkolwiek solidarności. To wieje z wykazów ogłaszanych przez lekarzy: w ich sprawozdaniach klasyfikacyja chorób umysłowych różnorodna, pojęcia o wyzdrowieniu chorych są różne, tablice etyjologiczne niepodobne jedne do drugich. Naprzykład, w wykazie zakładu kazańskiego liczba umysłowo-chorych wyleczonych wynosi od 13% (1882 r.) do 15% (1884 r.), w moskiewskim szpitalu Przemienienia Pańskiego 18% (1882 r.), w szpitalu św. Mikołaja Cudotwórcy 9,4% (1885), w szpitalu charkowskim 48,9% (1882). Nadużycie wyskoku miało wywołać obłąkanie w szpitalu św. Mikołaja u 7%, w Charkowie zaś u 42% itd.

W obec takiéj niedokładności wykazów urzędowych o liczbie umysłowo chorych i takiéj niejednostajności co do klasyfikacyi, uleczności i etyjologii obłąkania, sądzę, że dla osiągnięcia więcéj wiarogodnych wiadomości i więcéj szczegółowego zapoznania się ze stanem opieki nad obłąkanymi w Rosyi, nie byłoby bez korzyści przedsięwziąć następujące kroki.

Zrobić ogólny spis obłąkanych, tak pozostających w zakładach jak i przebywających przy rodzinach. Ażeby ułatwić tę czynność statystyczną, przygotowało Towarzystwo Psychijatrów w Petersburgu kartki statystyczne, dla wykazania obłąkanych leczących się w zakładach i przebywających poza zakładami. Należałoby rozesłać te kartki do wszystkich ziemstw, do zarządów miejskich i wszystkich zakładów dla obłąkanych, ażeby przez wypełnienie ich ułożył się materyjał statystyczny, wykazujący liczbę obłąkanych w całéj Rosyi.

Ponieważ wykazy statystyczne o umysłowo chorych pozostają w zakładach w ścisłym związku z klasyfikacyją psychóz, przyjętą w tym zakładzie, to dla ujednostajnienia sprawozdań zakładowych Towarzystwo psychijatryczne wypracowało tablice nozograficzne, według których zakłady dla obłąkanych układałyby swoje sprawozdania. Tablice te ułożono na podstawie klinicznéj i patologiczno-anatomicznéj. Towarzystwo ma przekonanie, że klasyfikacyi chorób umysłowych w szerokiém pojęciu tego słowa, t. j. takiéj, która obejmuje najdrobniejsze odcienia różnych postaci chorób umysłowych, przyjętych w nauce tegoczesnéj, jak np. klasyfikacyja Schülego i Krafft-Ebinga, nie można wziąć za podstawę dokładnéj statystyki z punktu praktycznego, z powodu zbyt wielkiéj różnorodności i ciasnych ram, w których należy pomieścić liczne grupy chorób, uczyniłoby to pracę statystyczną zbyt trudną i zawikłaną. Dla uniknięcia tych trudności Towarzystwo Psychijatrów poprzestało na nomenklaturze uproszczonéj, krótkiéj, którąby pomieściła w sobie wszystkie postacie kliniczne chorób, uznane przez wszystkich za pierwowzorowe, wybitnie odosobniające się w pojęciu klinicznem. Tablice te należałoby jeszcze uzupełnić rubrykami etyjologicznemi, których wypracowanie jest dosyć kłopotliwe i jeszcze nie zostało przez Towarzystwo wykończone.

Oprócz potrzeby zestawienia dokładnego spisu umysłowo chorych w państwie rosyjskiém zachodzi konieczność zbadania stanu zakładów dla obłąkanych; rewizyi téj winny dokonać osoby należące do administracyi lekarskiéj, ze współudziałem ludzi biegłych w specyjalności psychijatrycznéj i architektonicznéj, gdyż tylko na podstawie osobistych ich spostrzeżeń na miejscu i zasięgniętych wiadomości o statystyce obłąkania okolicy od osób kierujących zakładami i członków ziemstwa, można wyrobić sobie zdanie stanowcze o potrzebnych i pożytecznych zmianach w sprawie opieki nad obłąkanymi téj miejscowości. Rzecz naturalna, że ze względu na wielkie obszary carstwa rewizyja taka może odbyć się tylko stopniowo, tém więcéj, że rząd nie posiada większéj liczby ludzi biegłych, a przy układaniu statystyki obłąkania trzeba walczyć z licznemi trudnościami, zwłaszcza, że po za obrębem miast ma się do czynienia z ludźmi nieoświeconymi, analfabetami.

Kierując się wieloletniém doświadczeniem w kraju, spostrzeżeniami w państwach ościennych i ogólnemi zasadami nauki, sądzimy, że niezbędném jest dla utrwalenia prawidłowego dozoru nad obłąkanymi w Rosyi urządzenie trzech rodzajów zakładów dla umysłowo chorych: klinik przy wszechnicach, zakładów ziemstw i miejskich.

Powodzenie dzieła opieki nad obłąkanymi zależy w wysokim stopniu od wyrobienia fachowego ludzi, mających kierować zakładami. Kierownicy ci powinni być gruntownymi specyjalistami, gdyż psychijatryja i spowinowacone z nią choroby nerwowe stanowią tak rozległy dział nauki lekarskiéj, że posiadanie biegłe téj wiedzy, obok ogólno-lekarskiego wykształcenia, wymaga wyłącznych specyjalnych studyjów. To wykształcenie psychijatrów nastąpić może tylko pod kierunkiem światłych profesorów i poważnéj pracy pra-

ktycznéj w wzorowych zakładach. Do téj pory rozsadnikiem specyjalnéj wiedzy psychijatrycznéj była klinika chorób umysłowych w Petersburgu, pierwszy zakład tego rodzaju w Rosyi, założona 1859 r. przez nader czcigodnego mego nauczyciela, prof. I. Balińskiego, którego imię, otoczone czcią i chwałą, powinno jaśnieć na pierwszém miejscu dzisiejszego naszego zgromadzenia, gdyż onto ze swoimi uczniami rzucił trwałe podwaliny pod szlachetne dzieło opieki nad obłąkanymi w Petersburgu i w ogóle w Rosyi. Tylko dzięki ich pożytecznéj działalności powstał wzorowy zakład na stacyi Udielnaja, w którym obok leczenia zastosowano z wielkim skutkiem metodę zajęcia obłąkanych pracą. Dalszym dowodem téj pożytecznéj działalności jest przekształcenie oddziału dla obłąkanych dawniejszego domu poprawy na szpital św. Mikołaja Cudotwórcy i reformy w szpitalu Wszystkich Bolesnych. Wielu wychowańców téj kliniki, ciesząc się zupełném zaufaniem ziemstw, poczyniło w promieniu swéj działalności zbawienne przekształcenia poprzednich stosunków. Tym sposobem, dzięki ich szlachetnym i umiejętnym staraniom, dzieło opieki nad obłąkanymi znacznie ulepszyło się w Twerze, Kazaniu, Chersonie, Odesie, Symfiropolu, Nowogrodzie, Samarze, Pułtawie; nowo powstałe katedry psychijatryi w Kazaniu i Kijowie także przypadły wychowańcom kliniki petersburskiéj. Upłynęło 28 lat niestrudzonéj pracy tego naukowego zakładu, który dzięki życzliwym staraniom ministra wojny p. Wannowskiego i kierownika medyko-chirurgicznéj Akademii Bykowa, zostanie przeniesiony wkrótce do umyślnie wystawionego własnego zakładu, urządzonego podług najnowszych wymagań teoryi, a tuszyć należy, że zakładowi temu przypadnie wybitne miejsce wśród klinik europejskich. Pod kierownictwem byłego dyrektora kazańskiéj kliniki ś. p. profesora Frezego wykształciło się także kilku pożytecznych praktycznych psychijatrów, między nimi prof. Kowalewski. Dzięki jego szczęśliwemu pomysłowi, światłemu początkowaniu i poparciu dyrektora lekarskiego departamentu p. Mamonowa, energii biura zjazdowego i gościnności sędziwego gospodarza Moskwy I. O. ks. Dołgorukowa, Zjazd obecny przyszedł do skutku, a Moskwa dała mu przytułek. Nakoniec dzięki niestrudzonym zabiegom, energii i zamiłowaniu sprawy prof. Kożewnikowa, będziemy w tych dniach mieli prawdziwe zadowolenie wzięcia udziału w solennéj inauguracyi pierwszéj wzorowéj kliniki psychijatrycznéj w Moskwie, uwieńczenie jego wieloletnich, ludzkich i światłych poglądów na sprawę opieki nad obłąkanymi w Rosyi. (Dok. nast.)

## II. Przyczynek do wiadomości o kile w Bośnii i Hercogowinie.

Podał
Dr. Leopold Glück,
lekarz obwodowy i kierujący szpitalem w Trawniku w Bośni.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Złe i nieracyjonalne leczenie, jakotéż i zaniedbywanie świeżych postaci kiły, są według mego zdania głównemi przyczynami tak często tu występującéj kiły późnéj *(syphilis tardiva)*. I właśnie chorzy z objawami tego okresu stanowią główny kontyngens dla obserwacyi lekarskiéj. A nawet i z tego rodzaju przypadków przychodzi większa część dopiero wtedy, gdy już choroba znaczne i rozległe zniszczenia sprawiła. Nierzadko zdarzają się przypadki, w których sprawa chorobowa pozostawiwszy większe lub mniejsze spustoszenia lub oszpecenia sama się goi. Widziałem nieraz chorych, którzy nie mieli już podniebienia miękkiego albo kostnego rusztowania nosa, którzy nie używali żadnego lekarstwa, a byli już wyleczeni. Z drugiéj strony zdarza się widzieć przypadki, w których choroba coraz daléj się szerzy, i nawet przed prawidłowém leczeniem ustąpić nie chce. Przyczyna tych różnic zdaje się leżeć w ogólném stanie odżywienia odnośnego człowieka. Aby czytelnikowi dać możność poznania przypadków późnéj kiły, które się tutaj do leczenia nadarzają, niech mi wolno będzie kilka odnośnych przypadków opisać:

3go grudnia 1885 został przyjęty do szpitala Salih Bar. pod Nr. 136. Od chorego można się tyle tylko dowiedzieć, że od 3 lat jest chory, że się przez ten czas dużo leczył u tutejszych krajowych lekarzy, t. j. partaczów, bez wstrzymania dalszego postępowania choroby. Chory blizko 55 lat liczący, jest wzrostu małego, znacznie wychudły, chód ma ciężki, zbliżony do chodu kaczki, tętno regularne ale miękkie, ciepłotę ciała niepodwyższoną. Na czole po stronie lewéj skóra na przestrzeni wielkości dłoni widocznie zcieńczała, biało zabarwiona; górny brzeg blizny przekracza granicę włosów, tak że w tém miejscu czoło o 4 cm. wyżéj sięga niż po stronie lewéj. Na zewnętrznéj stronie prawego ramienia, prawie w środku, znajduje się strup wielkości centa brunatno-czerwony, silnie przylegający i miernie gruby; po oddzieleniu go widać wrzód o brzegach podminowanych, dnie nieczystém, drążący w głąb przez całą grubość skóry. Otoczenie wrzodu jest lekko naciekłe, niezabarwione. Na wzgórku łonowym znajduje się brudno-biała blizna, podobna do blizny na czole, ta jednak nie jest tak ostro odgraniczona, lecz przechodzi zwolna w blado-czerwony naciek zajmujący wewnętrzną część obu pachwin, całe moszna, górną połowę przedniéj i wewnętrznéj powierzchni obu ud, jakotéż dolną część pośladków; naciek pokryty jużto łatwo oddzielającemi się brudno-szaremi łuskami, jużto pojedynczo rozrzuconemi brudno-czerwonemi strupami jest odgraniczony ostro, tak że skóra zdrowa od zajętéj zabarwieniem wyraźnie się różni; oprócz tego znajdują się na granicy nacieku liczne strupy, dosyć grube, ciemno-brunatne, od wielkości ziarna kukurydzy do wielkości krajcara, po oddaleniu których widać różnéj wielkości płytsze i głębsze ubytki w skórze. Wrzody te mają po większéj części dno nieco nierówne i nieczyste, a nadto mniéj lub więcéj podminowane lub wyniosłe brzegi. W miejscu członka znajdujemy tylko 2 cm. długi kikut, którego przedni koniec pokryty jest grubym nieregularnym jużto brudno-brunatno-czerwonym, jużto ciemno-żółtym strupem; po jego oddzieleniu widać powierzchnię wrzodu nierówną, miernie ropiejącą, otoczoną brzegami nienaciekłemi, ząbkowatemi. Na dolnéj powierzchni wrzodu można widzieć resztki rozstępujących się brzegów cewki; gruczoły limfatyczne pachwinowe niepowiększone. Na podstawie tego badania, a szczególnie ze względu na charakterystyczne postacie wrzodów otaczających naciek, ze względu na blizny na czole i wzgórku łonowym, ze względu na istniejące jeszcze zmiany na prąciu: rozpoznałem kiłę późną *(syphilis tardiva)*. Wrzód na prąciu z powodu rzadkości zwrócił szczególniéj na siebie moją uwagę, a od chorego dowiedzieć się mogłem tylko tyle, że przed 1½ rokiem zaczął mu się tworzyć wrzód na żołędzi, który się coraz bardziéj szerzył nietylko w głąb ale i w otoczenie, aż jednego dnia przy oczyszczaniu wrzodu część prącia została mu w rękach. Wrzód nie sprawiał choremu żadnych bólów i obecnie go także wcale nie boli.

Dwie sprawy chorobowe musiałem wykluczyć przy rozpoznawaniu, a mianowicie zgorzel i raka prącia; brak nacieku na brzegach wrzodu, brak bolów, brak obrzęku gruczołów limfatycznych, a wreszcie długi przebieg przemawiały przeciw rakowi. Powolny przebieg i brak momentu przyczynowego, jak przebyty poprzednio tyfus lub inna ostra choroba zakaźna przemawiały przeciw zgorzeli. Zresztą wszystkie objawy charakterystyczne towarzyszące w niedwuznaczny sposób kazały myślеć o kile. Zarządziłem skombinowane leczenie przeciwkiłowe, obok leczenia miejscowego, a do cewki moczowéj założono komornem elastyczny kateter. Już 10 grudnia można było stwierdzić zaczynające się zabliźnianie wrzodów, które bez przerwy postępowało aż do 22go stycznia 1886. Chory wyraźnie tymczasem przybrał na ciele, poruszał się swobodnie, miał dobry apetyt i był dość wesoły. 22go stycznia zjawiają się lekkie dreszczyki, chory traci apetyt, z oczu ciekną łzy, z nosa ciągliwa ciecz, chory skarży się na bóle w prawém ramieniu. Na zewnętrznéj jego stronie, bliżéj środka, stwierdziłem elastyczny guz wielkości jaja kurzego, w tkance podskórnéj pokryty skórą mocno zaczerwienioną. Porzucono zaraz jodek potasu, który chory po 3·0 dziennie używał, również zaprzestano robić wcierania, a guz na ramieniu przykryto plastrem rtęciowym. Już 2go lutego objawy jodyzmu ustąpiły, wszystkie wrzody wyjąwszy jeden na kikucie prącia zabliźniły się, naciek w skórze znacznie się zmniejszył, a kilak w ramieniu zupełnie się zresorbował. Ponieważ chory nie chciał pozostać dłużéj w szpitalu, wypuszczono go do domu w stanie znacznego polepszenia.

Oprócz tego przypadku miałem jeszcze sposobność widzieć tu 2 przypadki ze zmianami na prąciu, które zaliczyć należy do późnego okresu kiły. 18go stycznia 1885 przedstawił mi się 22-letni Meho R. z Vites koło Trawnika, z następującemi objawami: Na prawo od języczka ku przodowi na podniebienie miękkie rozciąga się wrzód 3 cm. długi, 1 ½ cm. szeroki, o brzegach nieregularnie nacieklych, żółtą gęstą ropą obłożony. Sięga w głąb na całą grubość podniebienia miękkiego. Prawa goleń w całéj długości swéj zgrubiała, przy dotykaniu bolesna; skóra prawie całego prącia tworzy jeden nieregularny wrzód, pokryty gęstą dobrze przylegającą ropą, dno jego nierówne, brzegi utworzone przez resztki skóry prącia zdają się jakby wyżarte, są mało stwardniałe. Prącie samo ku żołędzi nieco pałeczkowato zmienione. Cierpienie całe ma trwać od 3 lat i mimo leczenia przez lekarzy tamecznych krajowych wciąż posuwało się naprzód; od roku blisko wystąpiły bóle w prawém podudziu, które choremu przez wiele nocy spać nie dały. Zachęciłem go do zostania dla leczenia w szpitalu, obiecał wprawdzie przyjść, ale już się więcéj od tego czasu u mnie nie zjawił.

17go maja 1886 przyjęty został do szpitala 34-letni wieśniak, Marko Dz., pod Nr. 71, z następującemi objawami: Na żołędzi widać 8 ostro odgraniczonych guzów, wielkości grochu, nad powierzchnię wystających; nad jednym jest skóra niezmieniona, nad resztą wyraźnie scieńczała, miernie zaczerwieniona, lekko łuszcząca się. Guzy są elastyczne, miękkie. Oprócz guzów znajduje się na żołędzi wrzód drążący w głąb tkanki, z ostro ciętemi i spadzistemi brzegami, o dnie mocno obłożoném; powstał on widocznie przez rozpad guza. Zmiany na prąciu mają istnieć dopiero od 2 miesięcy, przed kilkoma laty miał wysypkę na skórze i chrypkę; gruczoły pachwinowe nie są powiększone. Rozpoznałem kilaki żołędzi i zaleciłem 3·0 jodku potasu dziennie, a miejscowo plaster rtęciowy. 11go czerwca chory opuścił szpital uleczony, z bliznami miękkiemi, okrągłemi, wciągniętemi. 22go października tego samego roku chory znów się przedstawił z wrzodem w rowku zażołędnym prawym, 1 ½ cm. długim a ½ cm. szerokim, o brzegach wywiniętych, zgrubiałych. Wrzód jest znacznie obłożony, niebolesny, miał się przed miesiącem wytworzyć ze zmiany podobnéj do wyżéj opisanych guzów; jądro prawe znacznie powiększone, twarde, mało bolesne; chory nie chciał zostać w szpitalu i dla tego nie widziałem go już więcéj.

Następujące przypadki, które podczas podróży komisyjnéj widziałem w miasteczku Zemća i które badałem, nie budzą wprawdzie szczególnego naukowego zajęcia, nie będą jednak zbyteczne dla bliższego zcharakteryzowania codziennéj tu prawie kiły późnéj.

Suljo S. z Pojska, 32 lat liczący, cierpiący już od r. 1876. Na zewnętrznéj powierzchni lewego uda znajduje się ubytek wielkości dłoni, o brzegach nieregularnych, ząbkowanych i wyniosłych, o dnie nierówném jużto czystemi, jużto nekrotycznemi strzępami pokrytém. Otoczenie wrzodu miernie obrzmiałe, twarde w dotknięciu blado-czerwono zabarwione. Powyżéj wrzodu ku pośladkom znajduje się dwa razy tak wielka blizna, zrośnięta z pod nim leżącym guzem, nieregularnie zaciągnięta. Przechodzi ona w dolnéj części we wrzód wyżéj opisany. Chory jest na zdrowiu podupadły, niedokrewny. Poddał się już 3 razy nakadzaniom rtęciowym, jednak bez widocznéj ulgi. Również bezskuteczne były różne, do tego czasu używane maści, dostarczane mu przez tutejszych lekarzy (*Hekim)*.

Hasim Orn. z Brižnik, około 40 lat liczący, miał już raz odbyć leczenie wcieraniami przed okupacyją Bośnii, jeszcze jako żołnierz turecki. Obecnie mowa jego jest nosową, niewyraźną, blisko tylnego brzegu podniebienia miękkiego, na lewo ku łukowi języko-podniebiennemu, znajduje się głęboki wrzód owalny, większy niż fasola, o brzegach ostrych, spadzistych. Zarówno ściany jak i brzegi jego są pokryte gęstą żółtawo-zieloną ropą. Całe podniebienie miękkie i część twardego, jak również oba migdałki i obejmujące je łuki są mocno obrzmiałe i zaczerwienione; przy uciskaniu podstawy języka na dół, widać znaczne obrzmienie i zaczerwienienie tylnéj ściany przełyku. Połykanie jest utrudnione, gruczoły podszczękowe powiększone i twarde. Gdy wszystkie zastosowane środki nie wiele mu pomagały, poradził mu *hodža*, tj. kapłan turecki, wypijać dwa razy dziennie swój własny mocz po łyżce, co téż miał czynić.

Hazan I. z Rabiny, koło 35 lat liczący, o odżywieniu bardzo podkopaném, ma już od 15 lat być cierpiącym. Prawą połowę klatki piersiowéj począwszy od barku aż do brodawki sutkowéj zajmuje jedna twarda, nieregularna, biaława połyskująca blizna, tak lewe udo jak i podudzie aż do dolnéj trzeciéj części zajmuje jedna blizna, nieregularna, wężykowato się czołgająca, na któréj końcu dolnym znajduje się nieregularny okrągły wrzód o brzegach twardych, o nierówném i nieczystém dnie. Wrzód zdaje się tworzyć głowę węża czołgającego się wzdłuż zewnętrznéj powierzchni uda i podudzia. Chory podaje, że się wcale jeszcze nie leczył.

Osman Aść z Orahovica, 42 lat liczący, miał mieć *freniaka* przed 8 laty. Dziś widać u niego brak miękkiego podniebienia, języczka, przednich łuków i migdałków. Na podniebieniu twardém stwierdziłem dwie postronkowate, białawo połyskujące blizny.

Niko Lover z Cajdras, 30 lat liczący, źle odżywiony,

miał mieć przed 6 laty wrzody w jamie ust i okolicy oczodołów, które po dłuższych nakadzaniach rtęcią miały ustąpić. Od 3 miesięcy doznaje trudności w połykaniu, duszności i prawie zupełnego bezgłosu. Lekki ucisk na krtań wywołuje gwałtowny kaszel, przyczém oddychanie jest bardzo utrudnione, nawet niemożliwém, a wdech gwiżdżący. Stwierdzono brak miękkiego podniebienia, języczka, liczne nieregularne białawo połyskujące się blizny na podniebieniu twardém i wrzód nieregularny okrągły, wielkości wiśni, drążący w głąb w część mięśniową, o dnie mało ropiejącém na tylnéj ścianie przełyku. Ponieważ nie miałem ze sobą wziernika krtaniowego, nie mogłem w tym kierunku chorego dokładnie zbadać.

Mato Ros, około 40 lat liczący z Graćanicy, bardzo zestarzały, w odżywieniu podkopany; nad prawą kością ciemieniową, a mianowicie w przedniéj jéj części znajduje się nieregularna, okrągła blizna wielkości dłoni, białawo zabarwiona i wciągnięta. Prawy pośladek otoczony jest jużto małemi, już większemi nieco wrzodami, pokrytemi grubemi, czerwono-brunatnemi, mocno przylegającemi strupami. Skóra pośladkowa w pośrodku tego wieńca tworzy bladą, miernie wyciągniętą miękką bliznę; ku dołowi sięga jeden z wrzodów aż do bruzdy udowéj i przechodzi potém na powierzchnię przednią uda, gdzie się rozciąga na przestrzeń 2 dłoni. Cały wrzód pokryty jest grubym czerwonawo-brunatnym strupem i sięga aż do głębszych warstw skóry. Matka nieco ograniczonego chorego podaje, że już od 2 lat jest chory, że go leczyło już wielu lekarzy krajowych, ale bez widocznego skutku.

Alija Hers. z Zanicy, około 20 lat liczący, źle odżywiony; prawa połowa twarzy zajęta w dolnéj części przez wrzód o brzegach nieregularnych, wyżartych, o dnie nierównem pokrytém w części czerwono-brunatnym strupem, w części grubym pokładem ropy. Otoczenie wrzodu nieco obrzmiałe, mocno zaczerwienione, wrzód wielkości prawie dłoni. Od dolnego brzegu wrzodu ciągnie się odgałęzienie we formie skóry rozpadłéj, pokrytéj grubym czerwono-brunatnym strupem aż do górnéj części szyi. Brzegi téj rozpadliny są wybitnie czerwone; gruczoły limfatyczne na karku obrzmiałe. Chory był już parę razy leczony nakadzeniami z rtęci i różnemi maściami, lecz bez skutku.

(Dokończenie nastąpi).

---

## III. Krótki rys obecnego stanu nauki o przyrodzie i leczeniu cholery.

Podał
Dr. Jan Prus,
II. asystent kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.
(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Przejdźmy teraz do krótkiego skreślenia przebiegu choroby. Ze względu na nasilenie choroby rozróżniamy trzy główne formy cholery, a mianowicie jako najlżejszą formę uważamy biegunkę choleryczną (*cholera diarrhoea*), jako średnią formę, cholerynę, a ciężką formę stanowi cholera właściwa.

Objawy biegunki cholerycznéj są podobne do zwykłego nieżytu jelit powstałego np. w skutek przeziębienia. Pojawiają się bowiem tylko wypróżnienia płynne, żółciowo-śluzowe (3—8 razy na dzień), którym zazwyczaj nie towarzyszą żadne bóle. Czas trwania choroby wynosić może 1—20 dni, a średnio 5—7 dni. Choleryna występuje najczęściéj nagle w nocy wśród obfitych wypróżnień stolcowych i wymiotów, do czego dołącza się wkrótce ogromne osłabienie i słabe kurcze w łydkach. Choroba trwa 8—14 dni. Cholera właściwa rozpoczyna się zwykle od biegunki tak zwanéj zwiastunowéj (*diarrhoea praemonitoria*), osłabienia, potów, poczém wkrótce pojawiają się bardzo obfite stolce, podobne do wody ryżowéj, wymioty, czkawka, pragnienie, nader silne kurcze w łydkach, w ramionach, chrypka, a wśród tego wyraz twarzy się zaostrza, tony serca słabną, wydzielanie moczu zostaje wstrzymaném. Wkrótce potém następuje okres tak zwany zamartwicowy (*stadium algidum seu asphycticum*) cechujący się ogromném osłabieniem, skórą jak lód zimną i tętnem niewyczuwalném. Okres ten albo kończy się śmiercią, albo przechodzi w okres „odczynowy", wśród którego zwolna ustępują objawy chorobowe, albo téż pojawia się gorączka. Gorączka ta, odczynową zwana, przejść może albo w wyzdrowienie lub w tyfus choleryczny (*cholera typhoid*). Tyfus choleryczny przebiegać może pod trzema postaciami, a mianowicie: 1) pod postacią ciężkiéj gorączki bez zmian w narządach wewnętrznych, 2) pod postacią mocznicy i 3) pod postacią dyfteryi jelita cienkiego i grubego, błony śluzowéj gardła, krtani, pęcherza moczowego itp. lub téż pod postacią ropnicy. Czas trwania właściwego napadu cholery wynosi najwyżéj dwa dni, podczas gdy okres biegunki zwiastunowéj i *stadium algidum* trwają po jednym dniu. Okres odczynowy i tyfoidalny nie ma ściślejszéj granicy. Co do ogólnego przebiegu cholery wspomnieć należy, że u dzieci przebiega ta choroba nader gwałtownie i jest prawie zawsze śmiertelną, a u dorosłych przeważać mogą w jednych przypadkach biegunka i wymioty (*cholera enterica*), w innych zaś brak tętna, skóra zimna, sinica itp. (*ch. asphyctica*), lub téż objawy nerwowe (kurcze, osłabienie serca, zapad sił) albo wreszcie przebieg bywa gwałtownym tak, że nim pojawić się mogą wypróżnienia, następuje już śmierć w kilku godzinach (*cholera sicca*).

Zastanówmy się teraz nad pytaniem, w jaki sposób powstają powyżéj wyliczone objawy. Ze względu, że nader obfite wypróżnienia stolcowe stanowią w cholerze objaw najwięcéj dominujący, starajmy się przedewszystkiém wytłumaczyć ten objaw. Dawniéj sądzono, że przyczyna obfitych stolców w cholerze polega na transsudacyi surowicy z naczyń krwionośnych jelit. Że zapatrywanie to jest mylném, wynika z uwagi, że stolce choleryczne nie zawierają prawie wcale białka ani téż czerwonych ciałek krwi. Przyczyną tak obfitych wypróżnień jest najprawdopodobniéj nadmiernie spotęgowane wydzielanie wszystkich gruczołów jelitowych, podrażnionych, czy to działaniem wprost prątków cholerycznych, czy téż zadziałaniem jadu, wytworzonego przez prątki choleryczne. Przypuszczenie to popierają doświadczenia Hanaua, który po przecięciu wszystkich nerwów trzewowych zauważył tak ogromne spotęgowanie się czynności wydzielniczéj wszystkich gruczołów jelitowych, że ilość wydzieliny przewyższała nawet czasem obliczoną ilość krwi, jaką zwierzę posiadać mogło. Powtóre, ważną jest także i ta okoliczność, że wydzielony w czasie doświadczenia płyn był podobnym do zupy ryżowéj, tak jak w cholerze. Uwzględniając równocześnie doświadczenia Kühnego, z których wynika, że trzustka i jelita wydzielają już nawet w stanie zdrowia bardzo znaczną ilość płynu, obfitującego przedewszystkiém w sole sodowe, przypuścić możemy, że właśnie te gruczoły, t. j. trzustka i gruczoły w jelitach się znajdujące, przyczyniają się głównie do pojawienia się tak obfitych wypróżnień stolcowych w cholerze, zawierających również znaczną

ilość soli sodowych. Gdy jednak w stosunkach fizyjologicznych znaczna część wydzielonego płynu ulega wessaniu w jelicie grubém, to widocznie w cholerze jelito grube nie resorbuje wcale.

Wszystkie inne niemal objawy cholery można, zdaniem wielu autorów, łatwo wytłumaczyć pomnąc, że tak obfite wypróżnienia stolcowe pociągnąć za sobą muszą zubożenie krwi w wodę, następowe zagęszczenie i zmniejszenie ogólnéj ilości krwi. Z tychto bowiem powodów zostaje utrudnionêm krążenie, tętno słabnie, skóra staje się zimną, występuje pragnienie, pojawiają się kurcze w łydkach, wstrzymaném zostaje wydzielanie moczu itd. Koch jednak nie odnosi wyliczonych objawów cholery do zagęszczenia krwi, lecz sądzi, że wszystkie objawy cholery zawdzięczają swe powstanie zatruciu organizmu jadem, wytworzonym przez prątki przecinkowe. Zapatrywanie to zyskało poparcie w doświadczeniach Nicatiego i Rietscha, którzy oddzieliwszy z pożywek użytych do hodowli prątków przecinkowych wszystkie prątki przecinkowe za pomocą odpowiedniego przesączenia cieczy, otrzymali ptomainy, ciała chemiczne bardzo silnie trujące a wywołujące u zwierząt chorobę podobną do cholery. Koch wyobraża sobie, że jad ten działa częścią na przyblonek i powierzchowną warstwę błony śluzowéj, sprowadzając obumarcie téjże, częścią zaś ulega wessaniu do krwi, zkąd działa trująco na cały organizm a głównie na narząd krążenia. Jeżeli następuje śmierć wśród właściwego napadu cholery, to przy sekcyi znajdujemy mało zmienioną błonę śluzową a w treści jelit prawie czystą hodowlę prątka przecinkowego, jeżeli zaś chory przetrzyma właściwy napad cholery, to wtedy pojawiają się skutki obumarcia przyblonka i błony śluzowéj. Wśród tego pojawiają się stolce zawierające więcéj białka, które zaczynają gnić. Wówczasto wytwarzają się znów inne trujące produkty, które wywołują odmienny obraz chorobowy, a mianowicie obraz tyfusu cholerycznego.

Środki zapobiegawcze. Pomnąc, że cholera szerzy się głównie za pośrednictwem ludzi chorych na cholerę i za pośrednictwem przedmiotów zanieczyszczonych kałem zawierającym w sobie prątki przecinkowe Kocha, nie trudno pojąć, że przeprowadzenie najściślejszéj kwarantany ochronić może niechybnie całe kraje i państwa od wybuchu cholery. Jako najlepszy przykład w tym względzie posłużyć może ta okoliczność, że w czasie silnéj epidemii w Rosyi w r. 1831 nie zachorował na cholerę nikt z dworu rosyjskiego, który w liczbie 10,000 osób zamknął się w Carskojeselo i zerwał wszelkie stosunki z sąsiedztwem. Doświadczenie jednak pouczyło, że utrzymanie ścisłéj kwarantany przez czas dłuższy na znaczniejszéj przestrzeni jest prawie niemożliwém, jużto ze względu, że utworzenie podwójnych lub potrójnych kordonów w rozciągłości kilkusetmilowéj jest rzeczą bardzo kosztowną i trudną do przeprowadzenia, jużtéż z powodu, że lekkie przypadki cholery (które tak samo dobrze cholerę zawlec mogą, jak najcięższe) usuwają się nader łatwo z pod kontroli. To téż w r. 1874 międzynarodowa komisyja sanitarna w Wiedniu oświadczyła się stanowczo z powyższych właśnie powodów za bezużytecznością kwarantan na lądzie i ograniczyła się do wydania rozporządzeń dotyczących ścisłego nadzoru nad okrętami przybywającemi z Indyj i krajów cholerą dotkniętych. Środki ochronne przeciw szerzeniu się cholery na lądzie mają głównie na celu utrzymanie czystości w mieszkaniach, dokładną dezinfekcyję miejsc, w których gromadzą się różne nieczystości, wystaranie się o dobrą wodę do picia, czuwanie nad dobrocią żywności, jak najrychlejsze rozpoznanie pierwszych przypadków cholery i najstaranniejsze wczesne odosobnienie tychże. W czasie szerzenia się epidemii wystrzegać się należy skwapliwie wszelkich błędów dyjetetycznych, unikać zepsutego mięsa, sera, ogórków, surowych owoców, kwaśnego piwa, spożywać tylko dobrze ugotowane potrawy a przedewszystkiém zwrócić najpilniejszą uwagę na czystość wody, która winna być kilkakrotnie przegotowaną lub też przynajmniéj d statecznie zakwaszoną kwasem solnym (1%) przez przeciąg jednéj godziny [1]. Zdaniem Rossbacha byłoby bardzo pożądaną rzeczą, aby każdy w czasie epidemii używał co godzina trochę wody, zakwaszonéj kilkoma kroplami kwasu solnego a zwłaszcza po każdém jedzeniu lub piciu. Starannéj czystości bielizny i ciała, jak niemniéj dokładnéj dezinfekcyi wychodków i bielizny należy skrupulatnie przestrzegać.

Leczenie cholery przechodziło różne fazy rozwoju. Pomijając rozmaite sposoby leczenia, zalecane przez różnych lekarzy obcéj narodowości, wspomnę tylko o leczeniu stosowaném przez naszych rodaków, a jednych z głównych przed stawicieli szkoły krakowskiéj i warszawskiéj. Mam tu na myśli prof. Dietla i prof. Chałubińskiego.

Prof. Dietl w wykładach swych klinicznych [2]) w ten sposób się wyraził: „żadna z ostrych chorób prócz zimnicy nie da się tak łatwo i pewnie w swym przebiegu wstrzymać, jak cholera. Kto jednak początek cholery tam dopiero widzi, gdzie kurcze, sinica, brak tętna i inne objawy daleko posuniętéj choroby spostrzegać się dają, a gdzie właściwie już nie z cholerą, ale z nieszczęsną jéj ofiarą ma się do czynienia, ten zapewne zwątpić musi o skuteczności leczenia w téj chorobie. Lecz uważając biegunkę choleryczną już za cholerę, nie lekceważąc jéj, lecz występując przeciw niéj z całym zapasem środków racyjonalnéj medycyny, doświadczymy z wielkiém naszém zadowoleniem, że prawie w każdym przypadku cholerę w tym okresie wstrzymać można.“ Według jego zapatrywania główném zadaniem lekarza przy leczeniu cholery winno być 1) wstrzymanie biegunki, t. j. przemiana wypróżnień wodnistych i ryżowatych na gęstsze i żółto zabarwione i 2) przywrócenie ustającego krążenia. Przeciw biegunce cholerycznéj zalecał Dietl, oprócz zachowania się dyjetetycznego, makowiec i kalomel. Dopóki wypróżnienia są jeszcze gęstawe i żółto zabarwione, daje się opium, gdy zaś odchody stają się wodnistemi i ryżowatemi, wskazany jest kalomel. Najlepszym środkiem do przywrócenia krążenia jest, jego zdaniem, kamfora lub nacieranie ciała kawałkami lodu, bańki lub wreszcie przystawienie pijawek na dołek podsercowy. Środków tych jednak wolno użyć dopiero wtedy, kiedy biegunka i wymioty ustąpiły, w innym bowiem razie środki te zamiast pobudzić krążenie, przyczyniają się do tém większego zagęszczenia krwi i powiększają stan martwicowy.

Prof. Chałubiński (*Gazeta Lekarska*, 1885) pisze: „Faktem czysto empirycznym, nieulegającym żadnéj wątpliwości, ani wyjątkom, jest, że począwszy od okresu wstępnego (*stadium prodromorum*) aż do szczytu okresu depresyjnego

[1]) Towarzystwo lek. krak. mając na względzie, że kwas solny niszczy dostatecznie prątki przecinkowe Kocha, poleciło fabryce wód gazowych Rzący i Chmurskiego w Krakowie wyrabianie wody sodowéj kwaśnéj mocniejszéj i słabszéj (*acid. hydrochloric. conc. pur.* 0·50 — 0·25 na 1000 gr. wody destylowanéj).

[2]) O cholerze, kliniczny wykład prof. Dietla miany w r. 1854 podał Dr. Falęcki. Kraków, 1865, str. 46.

(tak zwanego *stadium algidum*), ilekroć uda się wywołać wymioty żółciowe, rokowanie staje się bezwarunkowo lepszém. W okresie wstępnym, czy tenże trwa już dość długo, czy bardzo krótko, czy ujawnia się tak zwaną choleryną, czy tylko uczuciem niezwykłego osłabienia, z wyraźném po większéj części upadkiem energii krążenia, po wywołaniu obfitych wymiotów żółciowych po największéj części wszelkie objawy ustają bardzo szybko: krążenie wraca do zwykłéj energii i w przypadkach nawet cięższych w przeciągu doby chorzy przychodzą zupełnie do siebie. W niektórych tylko, więcéj już zaniedbanych razach t. zw. choleryny, może być w następstwie prawdziwie użyteczném użycie lekkich opiatów. W samym zupełnie już rozwiniętym napadzie wywołanie wymiotów żółciowych jest albo zupełnie niemożliwém, albo przynajmniéj niezmiernie trudném i przeto rzadkiém. Dla wywołania wymiotów żółciowych najlepszym środkiem okazały się proszki, złożone z emetyku (0·05) i ipekakuany (od 0·50 do 1·00), co kwadrans lub 20 minut aż do skutku. Gdzie nie można dać *vomitorium*, niezmiernie jeszcze cennym środkiem w cholerze jest kalomel (od 0·05 do 0·25).

Dziś przeważna część lekarzy zaleca przeciw biegunce cholerycznéj także opium i kalomel. Opium podaje się już to wewnętrznie (*Extr. opii* 0·03 lub *Tra opii crocata* 5—15 kropli kilka razy dziennie), jużtéż w lewatywach w dawkach nieco większych z wodą ciepłą. Opium działa prawdopodobnie w ten sposób, że wstrzymując kał, dozwala rozwinąć się bakteryjom gnilnym w jelicie, które rozmnożywszy się w dostatecznéj ilości mogą pokonać prątki przecinkowe Kocha. Kalomel zaś (po 0·05 co 1—2 godz. z opium lub bez niego) zamienia się w przewodzie pokarmowym na sublimat i jako taki niszczy prawdopodobnie bakteryje. Przeciwpasorzytniczo działać ma także *bismut. subnitric.* (0·5—1gr. 3—4 razy dziennie) i *naphtalinum purissimum resublimatum* (0·1—0·5 dziennie 5—10 razy w opłatkach w postaci proszków lub w pigułkach keratynyzowanych, które dopiero w jelicie się rozpuszczają. Co do leczenia rozwiniętéj cholery to zważywszy, że śmiertelność w cholerze bez względu na jakość leczenia wynosi mniéj lub więcéj 50%, sądzą Rossbach, Koranyi i inni, że terapija w przypadkach istotnie ciężkich jest prawie bezsilną. W obec tego najlepiéj nie obarczać chorych wielką ilością leków lub herbatą, kawą, wódką, rumem, winem, lecz podawać im od czasu do czasu wodę lodową, wodę sodową, kawałeczki lodu, a dopiero w chwili, gdy wskazanie nastąpi, przystąpić do stosowania enteroklyzy lub hypodermoklyzy, środków poleconych przez Cantaniego.

Enteroklyzą nazwał Cantani wlewanie do jelita grubego znacznych ilości ($1\frac{1}{2}$—2 litrów) płynów antiseptycznych, jak np. rozczynu sublimatu, kwasu karbolowego, salicylowego, borowego, tymolu, resorcynu, nadmanganezianu potasowego, ałunu, taniny itp. Najwybitniejsze skutki otrzymał Cantani po wlewaniach $\frac{1}{2}$ —2-procentowego rozczynu taniny i półprocentowego rozczynu kwasu solnego. W tym celu przepisuje taninę w następujący sposób:

Rp. *Inf. flor. Chamomill.* 2000,0
*Acid. tannici* 10—20,0.
*Gum. arabici* 30,0.
*Trae opii crocat.* 2,0.

Cantani sądzi, że tego rodzaju lawatywy działają nietylko przeciwpasorzytniczo, lecz także orzeźwiająco na organizm z tego względu, że używa się znacznych ilości płynu, bardzo ciepłego (30—40°C.). Wlewania te chronią nadto ustrój od pojawienia się okresu zamartwicowego i są najlepszym środkiem pobudzającym jelita porażone, a nawet serce, zapobiegają zagęszczeniu krwi i pobudzają wydzielanie się moczu. Tanina zakwasza treść jelit i zamienia może ptomainy w połączenia trudniéj wessalne. Kwas solny zakwasza wprawdzie silniéj treść jelit, nie działa jednak szczmiąco. Enteroklyzę trzeba w ogóle dość wcześnie i kilka razy na dzień wykonywać. Aby zapobiedz zagęszczeniu krwi i wyschnięciu tkanin, polecił nadto Cantani hypodermoklyzy, t. j. podskórne wstrzykiwania wielkiéj ilości rozczynu soli kuchennej i węglanu sodowego (*Natri chlorati* 4gr., *Natri carbonici* 3gr. na litr wody destylowanéj). Rozczyn ten ogrzewa się do 39—40°C. i wstrzykuje się za pomocą odpowiedniego przyrządu pod skórę w okolicy zatoki biodrowéj prawéj ze względu, że skóra w tém miejscu jest najpodatniejszą. Przyrząd ten składa się z naczynia dwulitrowego, opatrzonego u spodu rurką kauczukową, 2 metry długą, na któréj wolnym końcu umieszczoną jest kaniula, uzbrojona kurkiem. Kaniulę tę łączy się z boczną rurką troikaru. Naczynie wspomniane napełnia się rozczynem soli i węglanu sodowego, ogrzanym dostatecznie i wstawia się w drugie naczynie większe, napełnione wodą gorącą, a to w celu, aby ciepłotę powyższego rozczynu na żądanéj wysokości utrzymać wśród wstrzykiwania podskórnego. Wypędziwszy powietrze z rurki i troikaru przez wypuszczenie cośkolwiek cieczy, wbija się troikar pod skórę i wysuwa ostrożnie sztylet troikaru, tak, aby się powietrze pod skórę nie dostało. Ciecz pod wpływem ciśnienia zależnego od wysokości, w jakiéj znajduje się zbiornik, wpływa teraz swobodnie pod skórę i tworzy wkrótce guz. Gdyby guz ten był za wielki i silnie napinał skórę, to należy wtedy zamknąć kurek i przez mięsienie przyspieszyć wessanie wstrzykniętéj pod skórę cieczy. Ilość na raz wstrzykniętego rozczynu nie powinna przekraczać 1,500cm.sz., gdy wyschnięcie tkanin nie jest znaczne, wystarczy 800cm.sz., a w okresie tyfoidalnym 500cm.sz., w którymto okresie w razie gorączki ciepłota rozczynu nie powinna przekraczać 37°—38°C. Wstrzykiwania tego rodzaju trzeba powtarzać w ogólności dość często (co 4 godziny), dopóki tętno wybitnie się nie poprawi. Aby wessanie cieczy mogło szybciéj się odbywać, dobrze jest dać choremu przed wstrzyknięciem kąpiel ciepłą (40°C.), do któréj dodano trochę gorczycy. Przy wbijaniu troikaru strzedz się należy przebicia większéj żyły, bo w takim razie przez szybkie dostanie się znaczniejszéj ilości cieczy wprost do krwi nastąpić może porażenie serca.

Według dotychczasowych doświadczeń stanowi hypodermoklyza nieoceniony środek w leczeniu cholery, dość prędko bowiem następuje ogólna poprawa stanu chorych a bardzo wielu chorych zawdzięcza swe ocalenie jedynie temu sposobowi leczenia. Przez wstrzykiwania te dostarcza się krwi zgęstniałéj nietylko potrzebnéj ilości cieczy, ale także alkaliów.

Aby zapobiedz grożącemu upadkowi sił i porażeniu serca zalecane bywają zimne zmywania ciała w gorącéj kąpieli, zawijania w koce, nacierania skóry kawałkami lodu z następowém zawinięciem chorego w ciepłe prześcieradła i środki podniecające: wino, eter, kamfora (0·1 co 1—2 godz.), *coffeinum sulfuricum* (0·1 *pro dosi*), *atropinum sulfuricum* pół miligr. do jednego miligrama *pro dosi*. Przeciw bolesnym kurczom łydek najlepiéj działa podskórne wstrzyknięcie morfinu. Okres odczynowy wymaga tylko dyjetetycznego zachowania się. Natomiast tyfoid choleryczny zmusza lekarza do bardzo energicznego działania w sposób zależny ściśle od rodzaju objawów.

W ostatnim roku odezwały się poszczególne głosy mo-

dyfikujące w niektórych względach sposób leczenia powyżéj skreślony. I tak Béla Angyan nie przypisuje żadnego znaczenia ochronnego kwasowi solnemu a w leczeniu postępuje drogą pośrednią nietylko ze stanowiska etyjologii ale i symptomatologii cholery, chwaląc entero- i hypodermoklyzy. Oser uważa istnienie ptomainów za rzecz nie bardzo prawdopodobną i odnosi ciężkie objawy cholery wprost do transsudacyi cieczy w jelitach. Daléj twierdzi Oser, że płyn wlewany do jelit za pomocą enteroklyzy nie przechodzi przez zastawkę Bauhina i że enteroklyza zawdzięcza tylko swe działanie tanninie i makowcowi a nie zdolności lub możności zabijania prątków przecinkowych. Natomiast hypodermoklyza może jego zdaniem działać przeciw zagęszczeniu krwi. Semmola poleca gorąco swą metodę fizyjologiczną leczenia cholery, a Winternitz i Urbaschek *(Über die Verhütung und Behandlung der Cholera asiatica)* uważają hydroterapiję jako jedyny środek, który we wszystkich okresach cholery jest w stanie uczynić zadość wszelkim wskazaniom leczniczym i który pod względem swéj skuteczności ma o wiele przewyższać entero- i hypodermoklyzy Cantaniego. Aby przynajmniéj w części dać poznać sposób leczenia Urbaschka, wspomnę tylko, że autor ten poleca w cholerze zamartwicowéj kąpiele nasiadowe o ciepłocie 8°R., lewatywy z wody lodowéj (6—3°R) i nacierania skóry wodą lodową. Tym sposobem chce autor osiągnąć wstrzymanie rozwoju prątka przecinkowego, zmniejszenie transsudacyi, pobudzenie czynności serca i naczyń, podwyższenie przemiany materyi i wstrzymanie rozkładu treści jelit.

---

## IV. Oceny i sprawozdania.

### Medycyna wewnętrzna.

Prof. Korczyński i doc. Jaworski: **O wrzodzie okrągłym, raku i krwotokach żołądka ze stanowiska klinicznego.**

Na podstawie 52 przypadków badanych i leczonych w klinice lekarskiéj krakowskiéj podają autorowie swoje spostrzeżenia, nieco odmienne i tém cenniejsze od dotychczasowych, że zasadzają się na dokładném badaniu treści żołądkowéj w rozmaitych okresach choroby, a w szczególności przed krwotokami w żołądku i w czasie krwotoków, czego dotąd nie czyniono. Zakres tego sprawozdania nie pozwala przytoczenia choćby w streszczeniu wielu zajmujących szczegółów, ograniczyć się więc muszę do podania tylko najważniejszych wyników badania, odsyłając ciekawszych do pracy oryginalnéj pomieszczonéj w Nrze 47—49 *Deutsche med. Wochenschrift,* z r. z. Z tych 52 przypadków było 24 chorych z wrzodem i to wszyscy mężczyźni, a 28 chorych z rakiem. Badania robiono na czczo i do czczego żołądka wlewano 100cm.sz. wody i potém ją wyciągano, następnie zaś robiono próby z wodą lodową i stósowano jeszcze metodę z białkiem. Treść wydobytą poddawano chemicznemu i drobnowidowemu badaniu wedle ogólnie przyjętych zasad z małemi poprawkami, których używa szkoła krakowska. Z 24 chorych dotkniętych wrzodem znaczna część, bo 11, było w latach między 40—50, a 8 między 50—65. Wszyscy ci chorzy byli niedokrewni, a 10ciu miało nawet wejrzenie charłacze. Pod względem etyjologicznym nie można było nic szczególnego wybadać. We wszystkich tych przypadkach można było z żołądka na czczo wydobyć mniejszą lub większą ilość treści, która zawierała kw. solny, a poddana próbie sztucznego trawienia okazywała pod tym względem nieraz wysoką zdolność trawienia. Kwasota (oznacza się ile sz.cm. $^{1}/_{10}$ normalnego ługu sodowego potrzeba do zobojętnienia 100sz.cm. treści kwaśnéj) bywała jednak różną, bo w 11 przypadkach wahała się między 5 a 43, w innych zaś przechodziła nawet 50. Jako rzecz szczególniejszą wymienić należy, że przed krwotokiem w żołądku i bezpośrednio po nim kwasota bywała najwyższa, a treść żołądkowa nawet na czczo zawierała znaczną ilość kw. solnego. U wszystkich chorych mechanizm wydalania był osłabiony, tak np. u 13 chorych pokarmy zostawały w żołądku do następnego rana, u innych zaś krócéj lub dłużéj. Bóle były u wszystkich dość znaczne i występowały nietyle przy ucisku ile dowolnie, w rozmaitym czasie, a zwłaszcza po jedzeniu. Rozmiary żołądka z wyjątkiem 4ch chorych były powiększone, a u 13 chorych zawsze w żołądku znajdowały się resztki pokarmów. Łaknienie utrzymywało się, u niektórych było nawet zwiększone, a wzmożone pragnienie dokuczało 19 chorym. Z wyjątkiem tylko jednego przypadku pojawiały się u tych chorych od czasu do czasu wymioty tak czyste jakoteż i krwawe. Z tych spostrzeżeń wysnuto następujące wnioski: 1) Ponieważ we wrzodzie okrągłym żołądka mamy do czynienia ze zwiększoném wydzielaniem soku żołądkowego, a wysoka kwasota pochodzi od kwasu solnego, to w przypadkach, w których podobny stan znajdziemy, a kwasota przekracza 50, musimy podejrzywać okrągły wrzód żołądka; 2) w przypadkach wrzodu żołądka mechanizm trawienia jest upośledzony, 3) zdolność sztucznego trawienia w wysokim stopniu utrzymana; 4) dolegliwości chorych są raczéj objawami kwaśnego nieżytu żołądka (*Catarrh. ventr. acidus)* a nie wrzodu samego; 5) wszyscy chorzy z wrzodem przedstawiają obraz kwaśnego nieżytu żołądka; 6) wymiociny po krwotoku przedstawiają się jako treść ciemno-brunatna, nieraz atramentowa z zapachem właściwym zpeptonizowanéj krwi. Czerwone ciałka krwi tylko po bardzo świeżych krwotokach można odróżnić, a jako przypuszczenie można wypowiedzieć, że wrzód żołądka krwawiący nie wytworzy się przy soku żołądkowym z brakiem kw. solnego.

Stosownie do tych wyników i leczenie wrzodu jest nieco odmienne. Pierwsze 2 dni po krwotoku należy zalecić choremu bezwzględny spokój, leżenie w łóżku, worek lodowy na okolicę żołądka i tylko w razie silnego pragnienia wolno połykać małe kawałeczki lodu. Przytém nie wolno nic jeść ani pić. Jako lek podaje się choremu 3 razy dziennie po proszku złożonym z 1grm. *Natr. boricum* i 2 *cgm. Extr. opii aquosum* i poleca popić to zimną wodą ze zdroju zwanego *Mühlbrunn.* Jeżeli po 2ch dniach nie było krwotoku, to okładów lodowych nie potrzeba, lecz podaje się tylko powyższe proszki, kapsułki galaretowate z nóżek cielęcych w odstępach 1—2-godzinnych i 2 razy na dzień lewatywy z mięsa i trzustki według przepisu Leubego. Następne 2 dni zostaje toż samo z dodatkiem tylko mleka słodkiego, podawanego łyżkami co 2 godziny. Dopiero z początkiem 2go tygodnia daje się nie solony rosół z galaretką i w odstępach kilkogodzinnych po łyżce lekkiéj czarnéj kawy. Jeżeli przy takiéj strawie nie było bólów, to można dodać jeszcze do rosołu 1—2 jaj. W razie bólów jednak wraca się do poprzednio zalecanéj strawy. Zwykle przez 3 tygodnie podaje się takim chorym pokarmy płynne, niedrażniące, a dopiero potém powoli przechodzi się do zwykłych pokarmów. Tę samą dyjetę, z temiż proszkami i popijaniem wody karlsbadzkiéj poleca się i tym chorym, którzy tylko miewają bóle, a krwotoku nie mieli. W razie rozstrzeni żołądka przepłukuje się go raz na dzień roztworem 2% sody.

Przypadków raka żołądka spostrzegano 28 i treść żołądkową dokładnie badano. W trzech przypadkach napotkano świeży krwotok w żołądku *in flagranti*, a u dwóch chorych badano treść żołądkową bezpośrednio po krwotoku. Z tych było 9 kobiet a 19 mężczyzn, 7 żydów a 21 chrześcijan. Co do wieku było 3ch między 20—30 rokiem, 2ch między 30—40; 6ciu między 40—50; 9ciu między 50—60; wreszcie 8iu między 60—70 rokiem życia. Usadowienie się raka było rozmaite, w przeważnéj jednak większości przypadków, bo w 16, był rak odźwiernika. Prawie wszyscy chorzy wyglądali źle, byli niedokrewni, odżywienie ich było liche. W 21 przypadkach można było wyczuć guz przy ucisku bolesny w okolicy żołądka. W żołądkach z rakiem znajdowano albo mierne ilości niestrawionych pokarmów, albo w tych przypadkach, w których przez aspiracyję nic nie można było wydobyć, metoda z białkiem wykazywała znaczne opóźnienie trawienia. W większości przypadków w treści żołądkowéj brak było kw. solnego, ale nie może to być regułą, ponieważ u osób młodych może się wydzielać kw. solny, pomimo obecności raka, jak to dowodzą 2 przypadki z pomiędzy tych 28, jeden w wieku 24, drugi 28 lat. Próba co do sztucznego trawienia wykazała nadto, że w ogóle zdolność trawienia nawet z dodatkiem kw. solnego jest w wysokim stopniu upośledzoną.

Wydzielanie pepsyny było we wszystkich przypadkach zmniejszone. Ani za pomocą wody lodowéj, ani téż metodą z białkiem nie można było otrzymać soku żołądkowego kwaśnego, zawsze bowiem wydobywano obojętny lub alkaliczny. Z kw. octowym próba na śluz dawała wynik dodatni, a po dodaniu żelasinku potasu występowało wyraźne zmętnienie (białko rozpuszczone). Drobnowidowo można było wykazać ciałka śluzowe, ale nigdy nie były tak widoczne jądra komórkowe, jak to miało miejsce przy wrzodzie okrągłym żołądka. O ile więc przy wrzodzie żołądka jest nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego kwaśnego, o tyle w raku żołądku mamy do czynienia z nieżytem śluzowym żołądka. I podmiotowe uczucia w tych chorobach znacznie się różnią. Wszyscy chorzy z rakiem nie mieli apetytu, na uczucie pełności i ciśnienie w żołądku narzekali wszyscy chorzy, bóle zaś bez przyczyny występowały również u wszystkich, a przy ucisku na okolicę żołądka chorzy również doznawali uczucia bólu. Wymioty były w połowie przypadków, a wymiociny wyglądały czekoladowo z zapachem kwasów tłuszczowych a nie charakterystycznego zapachu zpeptonizowanéj krwi.

Leczenie symptomatyczne polegało na podawaniu wewnętrznie kw. solnego i morfinu przy pożywieniu posilném z dodatkiem kwaśnych potraw. W obec zatrzymywania się pokarmów w żołądku i rozkładu ich polecono *Natr. salicyl.* i *Natr. boricum* 1—2 gramów dziennie, a przy znaczniejszéj rozstrzeni żołądka wypłókiwano tenże od czasu do czasu. W przeważnéj większości przypadków był brak kw. solnego w soku żołądkowym, nie może to jednak być stanowczą regułą, bo z pomiędzy tych 28 przypadków w 2ch znajdował się kw. solny, a dotyczyło to młodych ludzi, u których tylko zapewne część zajęta przez raka kw. solnego nie wydziela.

Autorowie podają wynik badania zmian krwi wprowadzonéj do żołądka. Nie podobna mi streścić wszystkich doświadczeń, które przedsięwzięto w celu przekonania się, jakim zmianom podlega krew w żołądku pod działaniem soku żołądkowego i jakie jeszcze minimalne ilości krwi dają się chemicznie lub drobnowidowo wykryć, bo przechodzi to zakres niniejszego sprawozdania, najważniejsze jednak wyniki podaję w krótkości: Po wlaniu do żołądka krwi z wolu w ilości 5, 10, 20sz.cm. wydobywano treść po 5 minutach i w tych przypadkach, gdzie kwasota była znaczna, samo wejrzenie wydobytéj treści było ciemno-brunatne, fusowate, przy kwasotach zaś mniejszych barwy więcéj ciemno-czerwonéj, przy alkalicznych zaś nawet jasno-czerwonéj. Po godzinie i dwóch można było jeszcze wykryć ślady krwi w żołądku i w ogóle krew o wiele późniéj znika z żołądka niż białko; wprowadziwszy jednak wieczorem 20—50sz.cm. krwi do żołądka nazajutrz zrana nie można było wykryć śladów krwi. Nawet 0,5cm.sz. krwi rozpuszczonéj w 10sz.cm. wody przekroplonéj można było po 2 godzinach wykryć z treści wydobytéj z żołądka. Mniejszych jednak ilości nie można wykazać. Obecność krwi w żołądku wpływa pobudzająco na wydzielanie się kw. solnego w soku żołądkowym i kwasota w godzinę jest najwyższa. Zdolność trawiąca soku żołądkowego po wlaniu 5—20sz.cm. krwi w pierwszym kwadransie jest znacznie upośledzona, zapewne w skutek tego, że przy ścinaniu się krwi i ferment trawiący zostaje porwany, dopiero po kwadransie zdolność trawienia wraca do zwykłego stanu. (*Deut. med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 47—49).

*Dr. J. Surzycki.*

---

Dr. Bielschovsky: **Salol w ostrym gośccu stawowym.** Środek ten stosował B. w 27 przypadkach ostrego gośćca, podając dziennie po 5 grm. w kapsułkach, a w niektórych razach nawet po 8 grm. dziennie. W późniejszym okresie gośćca można i mniejsze dawki stosować po 2—3 grm. chcąc usunąć pozostałą bolesność w stawach. Z tych 27 przypadków 19 zostało wyleczonych zupełnie, a tylko 2 chorym podawano salicylan sodowy z powodu braku ulgi po salolu. U pozostałych 6 dawano salol, a potém salicylan sodowy, nie uchroniło ich to jednak od przejścia choroby w przewlekłą. Jako średnią ilość wyżytego przez jednego chorego salolu podaje B. 22 grm., choć były przypadki wyleczone i 13 grm. Najwyższa ilość wyżytego salolu wynosiła 44 grm. Przy takiém leczeniu 8 chorych przechodziło recydywę, która jednak trwała krótko przy dalszém używaniu salolu. Komplikacyi ze strony serca B. nie spostrzegał, a dawne wady sercowe znalezione u 3 chorych nie pogorszyły się wśród przebiegu ostrego gośćca stawowego w obec używania salolu. Chorzy znosili go dobrze, zaburzeń ze strony żołądka nie było żadnych. W ogóle B. gorąco poleca salol, który salicylanowi sodowemu wcale nie ustępuje. (*Wien. med. Bl.* 1887, Nr. 9).

*Dr. J. Surzycki.*

G. Tizzoni i J. Catani podają ciekawy szczegół o zdolności przeniesienia zarazka cholery z matki na płód. Podczas cholery w Bolonii pewna matka dostała silnego napadu cholery, a znajdując się już w okresie reakcyi porodziła przedwczesny płód 5-miesięczny. Sekcyja tego dziecka wykazała między innemi w kiszkach zamiast smółki tylko papkowaty kał barwy różowéj w jelitach cienkich, a zielonawéj w kiszce grubéj. Badanie zaś drobnowidowe wykazało obok mnóstwa bakteryj i prątków rozmaitéj postaci także i prątki podobne do prątków cholerycznych Kocha. Hodowle zaś zrobione z krwi i treści kiszek wykazały prątki właściwe cholerze. Z tego wynika, że zarazek cholery może się za pomocą krwi z matki na płód przenosić i że cholera niekoniecznie ma się tylko w kiszkach umiejscowiać. (*Wien. med. Bl.* 1887 Nr. 9). *Dr. J. Surzycki.*

### Okulistyka.

Prof. Adamiuk: **Próby przeszczepiania rogówki.**

Awanturnicze próby niektórych okulistów francuskich przeszczepiania gałek ocznych, przywracania wzroku w oczach dotkniętych całkowitém zbliznowaceniem rogówki za pomocą szklanych pręcików itp. napełniły świat lekarski słusznêm niedowierzaniem w wszelkie nowe tego rodzaju przedsięwzięcia. Nie zapominajmy jednak, że rozchodzi się tu o wzrok ludzki, o wrócenie choćby lichego wzroku tym, którzy świata oglądać nie mogą, że więc wszelkie usiłowania tam, gdzie już nie ma nic do stracenia, zasługują na baczną uwagę.

Te też właśnie przypadki obrał Adamiuk za cel swoich doświadczeń, próbując swoich przeszczepień rogówki tam tylko, gdzie z powodu zupełnego zbliznowacenia rogówek o innym zabiegu, np. irydektomii, mowy być nie mogło. Niefortunne próby poprzedników, którzy posługiwali się licznemi kawałkami rogówki w celu przeszczepiania, nasunęły autorowi myśl, że w obec tkanki pozbawionéj naczyń, jak rogówki, któréj zdolność regeneracyjna jest bardzo małą, rezultat niekorzystny, t. j. nieprzyjęcie się lub zamglenie przeszczepionéj rogówki, był nieuniknionym. Postanowił więc transplantować kawałki rogówki w połączeniu z odcinkiem twardówki, aby nie odciąć zupełnie odżywienia w przeszczepionym odcinku rogówki. Płatek twardówki wynosił w doświadczeniach autora 2—4mm. Aby płatek rogówki w az z twardówką jak najdokładniéj przystósować do otworu, co jest niezbędnym warunkiem udania się zabiegu, uskuteczniał jedno i drugie za pomocą narzędzia, dającego tę samą wielkość płatowi co i otworowi w rogówce zbliznowaciałéj, t. j. trepanu. Materyjał mający być przeszczepionym brał A. z ócz szczurów i kur, z powodu małego kalibru swego trepanu. Szczegółów techniki nie dość jasno przez autora uwydatnionéj w opisie oszczędzamy czytelnikom *Przeglądu Lek.*, nadmieniamy tylko, że na płatku twardówki mającym być z kawałkiem rogówki przeszczepionym zostawiał autor płat spojówki, który następnie szwami łączył z brzegami przygotowanego otworu w rogówce blizną zaćmionéj. Wśród przygotowywania otworu płatek rogówki pozostawał przez 2—3 minut w 1% rozczynie NaCl. Wyniki prób przedsięwziętych z materyjałem z ócz szczurów wypadły o tyle niepomyślnie, że zagojenie wprawdzie następowało, ale zawsze rogówka przeszczepiona traciła przeźroczystość, co autor przypisuje wypuklaniu się płatka rogówki pod wpływem ucisku śródocznego, skutkiem czego wypuklona część rogówki ulegając łatwo urazom, zamglewała się szybko, a wreszcie niszczała. Usiłował więc A. doświadczeniami wyszukać rogówki więcéj oporne, a jako takie okazały mu się rogówki kur. Pięć w ten sposób przedsięwziętych przeszczepień dało następujący wynik: w 2 przypadkach zropienie ócz, w pozostałych trzech wgojenie się z utrzymaniem przeźroczystości przeszczepionéj rogówki jeszcze po 6—8 tygodniach, dalszy przebieg nieznany autorowi z powodu usunięcia się operowanych z pod obserwacyi. Autor zachęca do dalszych prób, wierząc, że na téj drodze niezłe dadzą osiągnąć się wyniki. (*Klin. Monatsblätter f. Augenheilk.*). *Dr. Sroczyński.*

---

## V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Obaliński przedstawił 1) chorego z resekcyją kolana według metody Jamesa Israela; w dyskusyi wzięli udział Drowie Trzebicky, Wilkosz i prelegent; 2) chorego, któremu wydobył migdałek mięsakowo zwyrodniały przez resekcyję połykową; w dyskusyi wziął udział doc. Pieniążek. Następnie doc. Grabowski w imieniu komisyi przemysłowéj przedstawił chleb Grahama wypieku Barucha w Podgórzu z wnioskiem polecenia go przez Towarzystwo. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj wzięli udział pp. Wilkosz, Warschauer, Kwaśnicki, Zarewicz i Rydel, na wniosek ostatniego uchwalono sprawę tę zwrócić jeszcze komisyi przemysłowéj. Wreszcie prof. Cybulski dla spóźnionéj pory poprzestał tym razem na przedstawieniu doświadczeń hypnotycznych, wykład zaś sam wygłosi na posiedzeniu przyszłém.

* Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. lekarzy galicyjskich za r. 1886, które sekretarz Dr. Mernnowicz odczytał na Walném Zebraniu w. d. 14 bm., wyszło drukiem (Lwów, 1887, str. 30). Z końcem r. 1886 Towarzystwo liczyło 334 członków czynnych i 19 korespondentów. Fundusz żelazny Towarzystwa, który w r. 1877 wynosił 5,000 zł.a., z końcem r. 1886 doszedł do 32,600 złr., a obecnie skutkiem składki na jubileusz protomedyka, wynoszącéj 6,000 złr, wynosi 38,600 złr. Wzrost ten jest wyłączną zasługą protomedyka, a ponieważ z funduszu tego pobierają zapomogi wdowy i sieroty po lekarzach, jak niemniéj lekarze, którzy popadli w chorobę lub nieszczęście, protomedyk stał się prawdziwym dobrodziejem stanu lekarskiego w Galicyi, a wątpić nie można, że nie zaniecha dalszych usiłowań, aby dzieło swoje doprowadzić do coraz większéj świetności.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lyon.** Dr. Perrond mianowany profesorem kliniki pedyjatrycznéj. — **Insbruk.** Katedra medycyny sądowéj, opróżniona od lat wielu, ma być niebawem obsadzoną; profesorem zostanie zapewne docent Kratter z Gracu. — **Praga.** Prof. Ganghofner mianowany prof. nadzw. pedyjatryi. — **Graz.** Docent wiedeński Jaksch mianowany nadzw. prof. pedyjatryi. — **Wiedeń.** Docent i tytularny prof. Monti mianowany prof. nadzw. chorób dzieci. — **Berlin.** Kustoszem muzeum higijenicznego mianowany asystent prof. Kocha Dr. Fränkel.

* **Nekrologija.** W Kijowie umarł Dr. Karol Edward Miram, b. prof. fizyjologii w 76 roku życia. Urodzony w Mitawie wykładał on jako adjunkt zoologiję i anatomiję porównawczą w Wilnie, od r. 1842 zaś do 1862 fizyjologiję w Kijowie. — W Rostoku umarł docent ginekologii Brummerstadt. — W Czerniowcach umarł w 75 roku życia Dr. Henryk Atlas, radzca sanitarny, zastępca burmistrza i kawaler orderu Franciszka Józefa, lekarz i obywatel powszechnie poważany. Ostatnią cześć oddało zmarłemu całe prawie miasto, począwszy od prezydenta kraju bar. Piny i jenerała komenderującego aż do biednego wyrobnika; porządek utrzymywała kompanija honorowa pułku piechoty.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.**

W *Medycynie* Nr. 16: Dobrzyckiego: Sławuta. Sprawozdanie za r. 1886. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Grundzacha: Kilka słów o przypadkach upośledzonego wydzielania soku żołądkowego, Panormowa: (z pracowni Dogiela w Kazaniu). O ilościowém określaniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertném cukru w wątrobie (c. d.).

**Redakcyja otrzymała:**

Zbiór prac z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. Zeszyt XIII. Kraków 1887, in 8vo, str. 55. (Odbicie z *Przeglądu Lek.*)

Dr. A. POLLATSCHEK: (w Karlsbadzie): Ueber das Vorkommen des Albuminurie bei Diabetes mellitus Odbicie z *Zeitschr f. klin. Medicin* XII, 4), in 8vo, str. 6.

Professor Ferd. R. v. Arlt. Ein Erinnerungsblatt gewidmet von Dr. Hans ADLER, Wien 1887, in 8vo, z fotogr.

Dr. K. RUMSZEWICZ: Mięśnie śródoczne u ptaków (Odbicie z XIII T. Pam. Wydz. matem przyr. Akad. Umiej.) Kraków 1886, in 4 to, str. 30, z 3 tabl. litogr.

Dr. Jan PICEK: Luhačowice, alkalicko-solné, jodové, bromové a železité i klimatické lázně na Moravě. V Přerově, 1887, in 8 vo, str. 37.

Dr. Kl. DĘBICKI: Iwonicz w r. 1886, Lwów, 1887, in 8vo, str 64.

**Piśmiennictwo lekarskie**

BARTH et ROYER, Traité pratique d'auscultation, suivi d'un précis de percussion. 18. Paris, Asselin et H. Fr. 8.

BARY, A. de, Vorlesungen über Bacterien. 2. Aufl. Mit 20 Fig. gr. 8. Leipzig, Engelmann. M. 3.

**Dla członków Towarzystwa Lekarzy galicyjskich dołącza się do Nru dzisiejszego: Sprawozdanie Rady zawiadowczéj tegoż Towarzystwa za r. 1886.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.